

燕市告示第 77 号

燕市成年後見制度利用支援事業実施要綱（令和3年燕市告示第121号）の一部を次のように改正する。

令和 7 年 3 月 1 8 日

燕 市 長 鈴 木 力

第2条第3号中「成年後見人、保佐人又は補助人」を「成年後見人、後見監督人、保佐人、保佐監督人、補助人又は補助監督人」に改める。

第8条第2項ただし書中「成年後見人等」を「成年被後見人等」に改め、同条に次の1項を加える。

3 後見人等報酬に係る助成の対象者について、後見監督人、保佐監督人又は補助監督人(以下「後見監督人等」という。)が選任されている場合、前項に規定する助成上限額は、後見人等及び後見監督人等のそれぞれについて適用する。

第 9 条第 1 項中「添付して、」の次に「第 6 条に規定する助成金については、後見開始、保佐開始又は補助開始の審判の決定等の通知があった日の翌日から起算して 90 日以内に、第 7 条に規定する助成金については、家庭裁判所から報酬付与の審判が決定された日の翌日から起算して 90 日以内に」を加え、同項に次のただし書を加える。

ただし、特別の事情があり、市長が認める場合においては、この限りでない。

第 9 条第 1 項第 1 号中「成年被後見人等」を「成年後見人等」に改める。

様式第 1 号を次のように改める。

様式第1号 (第9条関係)

成年後見制度利用支援事業助成金申請書兼請求書

(宛先) 燕市長

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、受給資格認定にあたり、本人(審判の対象者)及び世帯員の資産の状況等を関係機関において調査・確認することに同意します。

(成年後見人等) 申請者	フリガナ		対象者との関係	(専門職の場合はその資格)
	氏名			
(成年後見人等) 申請者	住所	〒 - 電話番号 ()		
	住所			
(成年後見人等) 要支援者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		申立時の類型	後見・保佐・補助
	住所	〒 -		
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日～) <input type="checkbox"/> 無			
助成の種類及び申請額	<input type="checkbox"/> 審判費用助成申請額 円			
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等報酬額 円 (報酬付与の審判の決定額)			
振込先口座 要支援者 名義のもの	金融機関名		預金種別	口座番号
	銀行 金庫 組合		店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ			
	口座の名義人			

注1 該当する□にレ印を記入してください。

注2 後見人等報酬に係る助成申請の場合は、裏面「入所、入院等の状況」欄も記入してください。

【添付書類】

- 登記事項証明書又は成年後見等開始審判に係る審判書の写し
 (申立費用) 成年後見等開始審判に要した費用の額が分かる書類の写し (領収書等)
 (報酬助成) 報酬付与の審判の決定通知書の写し
 収入・資産等が分かる書類の写し (生活保護未受給者のみ)
 (例: 家庭裁判所に提出した財産目録及び収支状況報告書の写し、預貯金通帳の写し等)
- 被保護証明書の写し (生活保護受給者のみ)
- 受給者証の写し (支援給付受給者のみ)

入所、入院等の状況

要支援者（被後見人等）の現在の生活場所 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> その他（住所地以外の場合は下記に記入してください） { } <input type="checkbox"/> 施設又は医療提供施設（※）	
報酬対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所、入院等の有無 <input type="checkbox"/> 有（以下に記入してください。） <input type="checkbox"/> 無	
入所施設、医療提供施設等の名称	入所、入院等の期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

収入について

報酬対象期間における年間収入額	円
-----------------	---

注3 家庭裁判所からの報酬付与の審判における対象期間が12カ月以上のものについては、対象期間のうち直近の12カ月における年間収入額を記載してください。

併せて添付書類も直近12カ月の収入・資産等が分かる書類を提出してください。

※入所、入院等は「燕市成年後見制度利用支援事業実施要綱」第8条別表3に掲げる以下のものに限ります。

根拠法令	施設等名称
生活保護法	保護施設
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律	障害者支援施設
老人福祉法	老人福祉施設
介護保険法	介護保険施設 特定施設
医療法	医療提供施設
	その他市長が認める施設

様式第2号を次のように改める。

様式第2号（第9条関係）

成年後見制度利用支援事業助成金申請書兼請求書（特例用）

（宛先） 燕市長

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて申請します。

(成年後見人等であつた者) 申請者	フリガナ		対象者との関係	(専門職の場合はその資格)
	氏名			
(成年後見人等であつた者) 申請者	住所	〒 - 電話番号 ()		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
(成年後見人等であつた者) 申請者	氏名		死亡日	年 月 日
	死亡時の住所	〒 -		
本来の対象者の死亡時点での生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日～) <input type="checkbox"/> 無			
助成申請額	成年後見人等報酬 円 (報酬付与の審判の決定額) (審判の対象期間 年 月 日 から 年 月 日)			
振込先口座申請者本人名義のもの	金融機関名		預金種別	口座番号
	銀行 金庫 組合		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	フリガナ			
	口座の名義人			

注1 該当する□にレ印を記入してください。

注2 裏面「入所、入院等の状況」欄も記入してください。

【添付書類】

- 登記事項証明書又は成年後見等開始審判に係る審判書の写し
- 報酬付与の審判の決定通知書の写し
- 収入・資産等が分かる書類の写し（生活保護未受給者のみ）
 (例：家庭裁判所に提出した財産目録及び収支状況報告書の写し、預貯金通帳の写し等)
- 被保護証明書の写し（生活保護受給者のみ）
- 受給者証の写し（支援給付受給者のみ）

入所、入院等の状況

要支援者（被後見人等）の現在の生活場所 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> その他（住所地以外の場合は下記に記入してください） { } <input type="checkbox"/> 施設又は医療提供施設（※）	
報酬対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所、入院等の有無 <input type="checkbox"/> 有（以下に記入してください。） <input type="checkbox"/> 無	
入所施設、医療提供施設等の名称	入所、入院等の期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

収入について

報酬対象期間における年間収入額	円
-----------------	---

注3 家庭裁判所からの報酬付与の審判における対象期間が12カ月以上のものについては、対象期間のうち直近の12カ月に於ける年間収入額を記載してください。

併せて添付書類も直近12カ月の収入・資産等が分かる書類を提出してください。

※入所、入院等は「燕市成年後見制度利用支援事業実施要綱」第8条別表3に掲げる以下のものに限りません。

根拠法令	施設等名称
生活保護法	保護施設
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律	障害者支援施設
老人福祉法	老人福祉施設
介護保険法	介護保険施設 特定施設
医療法	医療提供施設
	その他市長が認める施設

附 則

この告示は、令和7年4月1日から施行する。